

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

18 декабря 2009 г.

Регистрационный № 072-0708

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН
С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
СИНТЕТИЧЕСКИХ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

АВТОРЫ:

проф., д-р мед. наук Нечипоренко Н.А.,

канд. мед. наук Нечипоренко А.Н.,

Юцевич Г.В.

Гродно 2009

Основная цель методического документа — предложить урологам и гинекологам новую методику хирургического лечения женщин, страдающих генитальным пролапсом, с использованием синтетических протезов вагинальным доступом по оригинальной методике GYNECARE Prolift и адаптированной для наших условий технике Prolift. Высокая стоимость оригинальной системы GYNECARE Prolift System ограничивает широкое ее применение в лечебных учреждениях нашей страны.

Медицинская значимость предлагаемой методики вмешательства связана с высокой эффективностью операции и малой ее инвазивностью; эффективность операции такая же, как и при использовании оригинальной системы GYNECARE Prolift. Социальная значимость операции — предложенная методика позволяет оказать эффективную помощь женщинам на современном уровне, обеспечивает им надежную медицинскую и социальную реабилитацию. Экономическая значимость предложенной методики — стоимость операции в 10 раз ниже, чем при использовании оригинальной системы GYNECARE Prolift, что позволяет применять ее и у пациенток из экономически несостоятельной группы населения.

Разработанный метод рекомендован специалистам таких областей медицины, как гинекология и урология.

Оригинальная методика операции Prolift и методика, созданная авторами, могут быть использованы в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь: в урологических и гинекологических отделениях больниц.

ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ

Опушение или выпадение стенок влагалища (цистоцеле, ректоцеле) и выпадение матки (генитальный пролапс) III–IV стадии по классификации POPQ и опущение стенок влагалища и матки II стадии при нарушении функции тазовых органов (нарушения акта мочеиспускания, нарушения функции толстой кишки в виде запоров).

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Система для коррекции дефектов переднего и заднего отделов тазового дна GYNECARE PROLIFT включает следующие инструменты и материалы: изогнутый проводник GYNECARE PROLIFT, шесть канюль GYNECARE PROLIFT; 6 устройств для проведения рукавов протезов GYNECARE PROLIFT; передний и задний имплантаты (сетчатые протезы). Все оборудование одноразового использования.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Сущность операции: укрепление или замещение несостоятельных фасциальных структур передней и(или) задней стенки влагалища (лобково-шеечная фасция и прямокишечно-влагалищная фасция) сетчатыми синтетическими протезами с чрезобтураторной фиксацией переднего протеза к

сухожильным дугам тазовой фасции и с фиксацией заднего протеза к крестцово-остистым связкам. Операция выполняется влагалищным доступом.

КОРРЕКЦИЯ ОПУЩЕНИЯ ИЛИ ВЫПАДЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА, ОПУЩЕНИЯ ИЛИ ВЫПАДЕНИЯ МАТКИ

Реконструкция передней стенки влагалища при ее опущении или выпадении (цистоцеле) осуществляется синтетическим сетчатым передним протезом GYNECARE Prolift anterior. Имплантат устанавливается между задней стенкой мочевого пузыря и передней стенкой влагалища и фиксируется в таком положении четырьмя ленточными «рукавами», которые выводятся на кожу промежности через запираемые отверстия, проходя через начало и конец сухожильных дуг тазовой фасции. Протез замещает лобково-шеечную фасцию и крестцово-маточные связки, что позволяет, с одной стороны, ликвидировать цистоцеле (протез выполняет функцию гамака, удерживающего мочевой пузырь в физиологическом положении), а с другой — вернуть матку в физиологическое положение и фиксировать ее вновь созданными связками.

Укладка пациентки: пациентка находится в позиции для литотомии, ягодицы немного выступают за край стола, ноги согнуты в тазобедренных суставах под углом 90° по отношению к плоскости стола.

Обезболивание: перидуральная или спинномозговая анестезия либо эндотрахеальный наркоз.

I момент операции: формирование ложа между мочевым пузырем и передней стенкой влагалища для размещения протеза и создание доступа к сухожильным дугам тазовой фасции.

Шейка матки захватывается пулевыми щипцами, и матка максимально низводится. В мочевой пузырь вводится катетер Фолея. На переднюю стенку влагалища накладываются 3 зажима: первый на расстоянии 2 см от наружного отверстия уретры (область шейки мочевого пузыря), второй на расстоянии 1–1,5 см от переднего свода влагалища, третий — между первыми двумя.

Зажимами стенка влагалища выводится наружу. Проводится гидравлическая препаровка тканей передней стенки влагалища раствором хлорида натрия с адреналином. Выполняется передняя продольная кольпотомия от уровня шейки мочевого пузыря до зажима у свода влагалища. Стенка влагалища рассекается на всю толщину вместе с лобково-шеечной фасцией (рис.1).

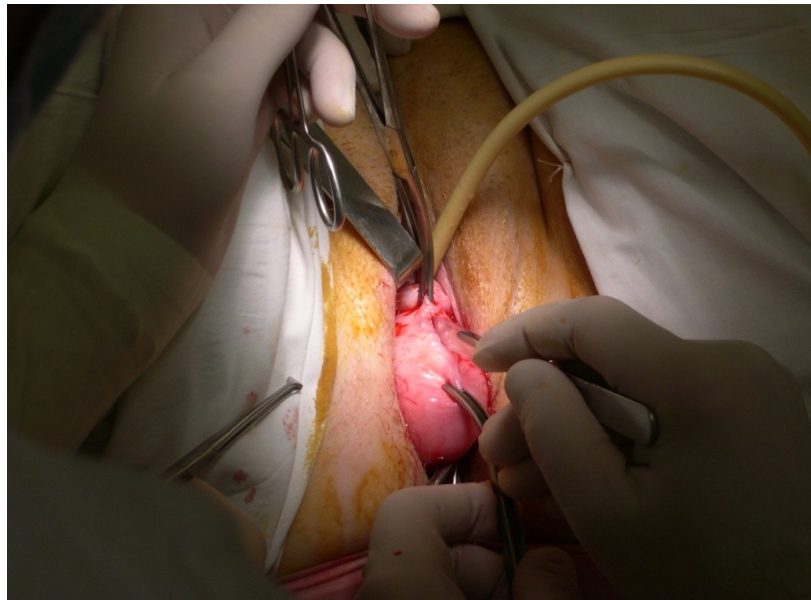


Рис. 1. Передняя продольная кольпотомия

Захватив правый или левый край разреза стенки влагалища зажимом, тупым путем (указательным пальцем) передняя стенка влагалища с фасцией отслаивается от задней стенки мочевого пузыря в латеральном направлении до того момента, когда палец хирурга окажется в околопузырном пространстве. При наличии паравагинального дефекта в лобково-шеечной фасции проникнуть пальцем в паравагинальное и околопузырное пространство легко. Если дефект отсутствует, фасция перфорируется пальцем. Только после этого момента операции пальпаторно со стороны полости таза можно определить поверхность внутренней запирающей мышцы, сухожильную дугу тазовой фасции, простирающуюся от задней поверхности лобковой кости до седалищной ости — главные анатомические ориентиры для проведения «рукавов» переднего протеза.

Аналогичным приемом проводится диссекция тканей влагалища и мочевого пузыря с другой стороны.

Такой диссекцией тканей создается ложе для пузырно-влагалищного протеза и формируются каналы для проведения фиксирующих его «рукавов» (рис. 2). Ложе для протеза по длине должно простираться от уровня шейки мочевого пузыря до уровня передней губы шейки матки, а по ширине должно распространяться до сухожильных дуг тазовой фасции. Только в таком случае протез будет перекрывать все дефекты лобково-шеечной фасции.

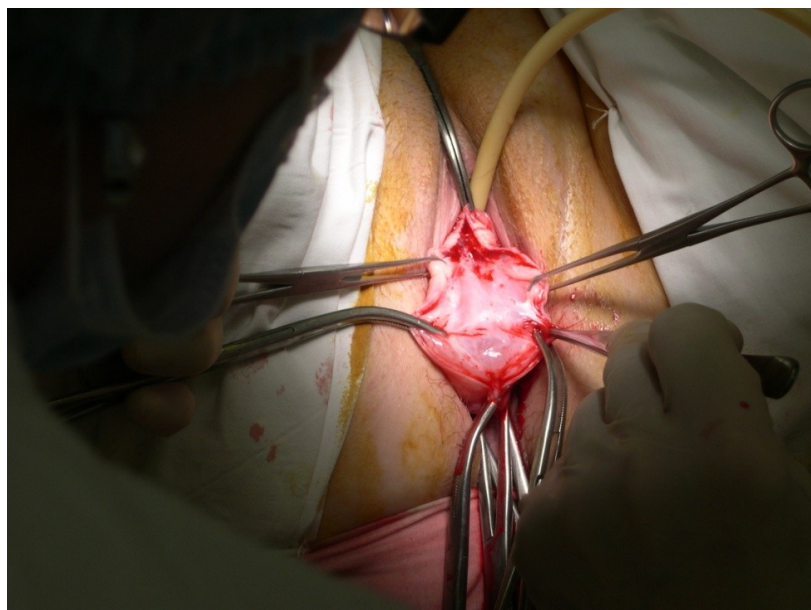


Рис. 2. Формирование ложа между передней стенкой влагалища и мочевым пузырем для переднего протеза Prolift

На этом этапе операции необходимо следить за тем, чтобы стенка влагалища отслаивалась от мочевого пузыря вместе с фасцией, а величина формируемого ложа для протеза должна несколько превышать его размеры. Малое ложе не позволяет расправить имплантат, вызывает его гофрирование, что в итоге не позволит полностью заместить дефекты в лобково-шеечной фасции.

II момент операции: установка канюль GYNECARE Prolift для проведения «рукавов» переднего протеза.

На коже справа и слева от наружного отверстия уретры в проекции запирательных отверстий делаются по 2 разреза длиной до 0,5 см в точках, локализация которых показана на рис. 3.

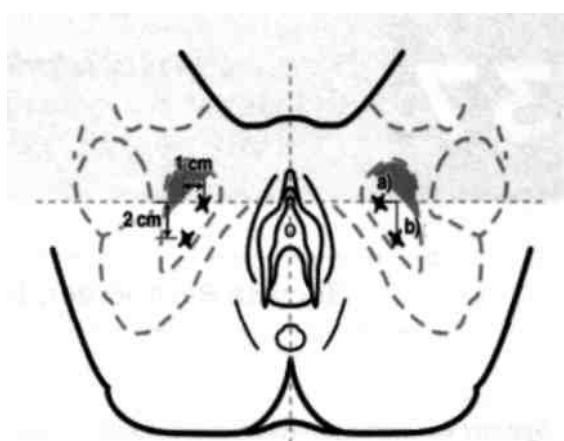


Рис.3. Точки введения проводников с канюлями GYNECARE Prolift для установки переднего протеза (коррекция статики передней стенки влагалища)

Через эти разрезы в полость таза будут устанавливаться канюли для проведения ленточных «рукавов» протеза.

Установка канюль GYNECARE Prolift для проведения «рукавов» передней части переднего протеза.

Указательный палец левой кисти вводится через рану передней стенки влагалища в полость таза слева, определяется начало левой сухожильной дуги тазовой фасции в области верхнего медиального угла запирающего отверстия, и палец устанавливается в этой точке. (Края запирающего отверстия определяются путем пальпации запирающей мембраны между большим и указательным пальцами в местах ее соприкосновения с костными границами). Проводник с надетой на него пластмассовой канюлей вводится через верхний кожный разрез в проекции верхнего медиального угла запирающего отверстия (точка «а», рис.3). Точки «а» находятся на расстоянии 5-6 см от наружного отверстия уретры по горизонтали (рис. 3).

Острие проводника должно пройти через запирающее отверстие у его медиального края вверху и войти в полость таза через начало сухожильной дуги тазовой фасции под контролем указательного пальца, установленного в области верхнего медиального угла запирающего отверстия (рис.4 и 5).

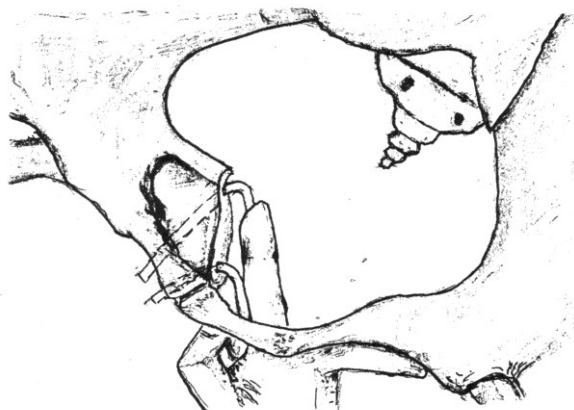


Рис.4. Точки проведения канюль через сухожильную дугу тазовой фасции на правой боковой стенке малого таза под контролем указательного пальца

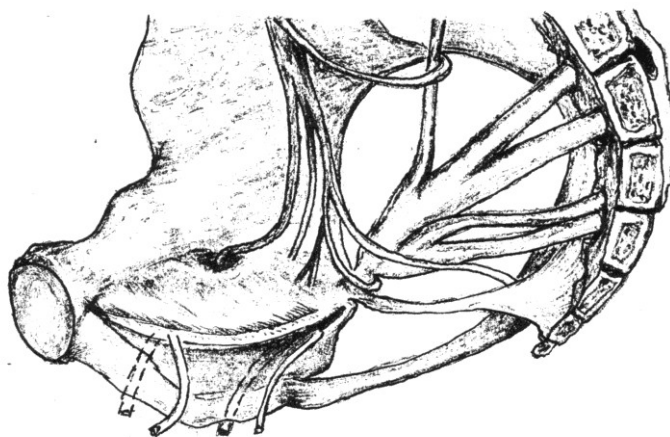


Рис.5. Положение канюль, проведенных через начало и конец сухожильной дуги тазовой фасции (правая сторона)

Проводник с канюлей выводится в верхней части разреза влагалища, причем указательный палец защищает мочевой пузырь и уретру от случайного повреждения. Проводник извлекается, а канюля остается на месте. Необходимо следить за тем, чтобы при извлечении проводника канюля оставалась в достигнутом положении, так как конец канюли должен немного выходить за пределы сухожильной дуги тазовой фасции. Через наружное колено канюли вводится устройство для проведения «рукавов» протеза, которое продвигается вплоть до выхода петли устройства из дистального конца канюли. Петлевой конец устройства для проведения «рукава» протеза захватывается через разрез в стенке влагалища пинцетом или зажимом и вытягивается наружу вместе с внутренним коленом канюли через рану влагалища. После этого проксимальный конец устройства для проведения «рукава» протеза можно продеть через петлю на дистальном его конце и фиксировать к белью зажимом, оставляя устройство в готовности для последующего проведения «рукава» протеза.

По такой же методике устанавливается канюля и с другой стороны.

Установка канюль GYNECARE Prolift для проведения «рукавов» задней части переднего протеза

Указательный палец левой руки через разрез влагалища вводится в полость таза, определяется левая седалищная ость и дистальный конец левой сухожильной дуги тазовой фасции (место для проведения канюли).

Проводник с канюлей вводится в нижний разрез в проекции запирающего отверстия (точка «b», рис.3). Точки «b» находятся на 1 см латеральнее и на 2 см ниже точек «а».

Под контролем указательного пальца, установленного на седалищной ости, проводник с канюлей продвигается через запирающую мембрану в нижнем отделе запирающего отверстия и проводится через дистальный отдел сухожильной дуги тазовой фасции (рис.4). Продвижение проводника все время контролируется указательным пальцем, находящимся глубоко в полости таза, что позволяет предотвратить повреждение мочевого пузыря и пристеночных структур таза. После того как дистальный конец комплекса проводник-канюля проведен через дистальную часть сухожильной дуги тазовой фасции, проводник извлекается, а канюля остается. По приведенной выше методике с помощью гибкого петлевого устройства внутреннее колено канюли выводится через рану влагалища, и устройство фиксируется зажимом к белью.

По такой же методике устанавливается канюля и с другой стороны.

Таким образом, установлены 4 канюли с устройствами для проведения «рукавов» переднего протеза (рис. 6).

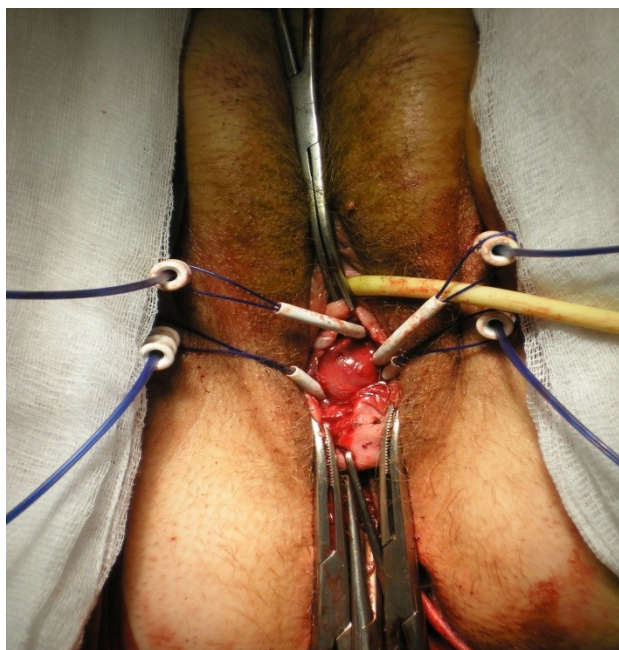


Рис. 6. Вид промежности после проведения четырех канюль с устройствами для проведения GYNECARE Prolift

**По просвету этих канюль будут протягиваться «рукава» протеза.*

III момент операции — установка переднего протеза GYNECARE Prolift

Установка сетчатого протеза в подготовленное ложе для коррекции опущения или выпадения передней стенки влагалища, матки или купола культи влагалища проводится следующим образом.

Дистальные концы «рукавов» передней части протеза захватываются петлями устройства для проведения, находящимися в передних канюлях, и обратным ходом протягиваются по просвету канюль до выхода из наружного колена.

Благодаря этому передняя часть протеза оказывается подведенной под шейку мочевого пузыря.

Задние «рукава» переднего протеза таким же образом выводятся на промежность по просвету нижних канюль. Задняя часть имплантата оказывается у шейки матки или купола культи влагалища и фиксируется к ним отдельными швами. Легким потягиванием за задние «рукава» протеза шейка матки или купол культи влагалища устанавливаются в нужном положении. Имплантат должен быть расправленным и не иметь складок. Канюли удаляются. Избыток «рукавов» протеза, выстоящих из ранок на промежности, отсекается на уровне кожи. Ранки на промежности ушиваются одним швом без захвата в шов «рукавов» протеза. рис. 7.



Рис. 7. Вид промежности после окончательной установки переднего протеза (коррекция цистоцеле)

Таким образом, установленный сетчатый имплантат будет выполнять роль гамака для мочевого пузыря, заменяя дефектную лобково-шеечную фасцию. Сетчатый гамак фиксирован в нужном положении четырьмя ленточными «рукавами», проведенными через начало и конец правой и левой сухожильных дуг тазовой фасции.